

SKIEROWANIE NA WYKONANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ CBCT

F20-RTG

Właściciel dokumentu: Inspektor Ochrony Radiologicznej

Data wprowadzenia dokumentu: 2014

Aktualizacja dokumentu: 01.03.2016

Edycja 2

Skierowanie na wykonanie Tomografii Komputerowej CBCT

Lekarz zlecający badanie:

Telefon kontaktowy: _____

Dane pacjenta: _____ PESEL

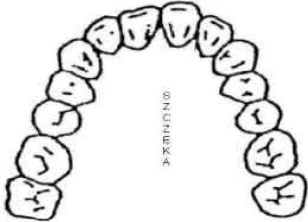
Istniejące przeciwwskazania : _____

Cel badania: _____

Proszę zakreślić obszar zainteresowania

- badanie ortodontyczne
- teleradiogram - w projekcji PA w projekcji bocznej
- pantomogram
- przekroje 3D
- przekrój strzałkowy przez okolice _____
- przekrój czołowy przez okolice _____
- zęby zatrzymane numer zęba _____
- inne _____

- implanty - zakreśl region



- staw skroniowo-żuchwowy L R
- zatoki szczękowe
- inne wg. opisu lub rysunku

Informacje dodatkowe _____

Sposób zapisu badania

 wydruk CD

Data

Podpis _____

